

## Ponencias

José Carlos Moreno Giménez  
Micosis en la infancia

---

Ramon Grimalt  
Aspectos dermatológicos  
del maltrato infantil

---

Asunción Vicente  
Un día de consulta  
en dermatología pediátrica

---

Vicenç García-Patos  
Genodermatosis comunes

---

Eudald Sellarès  
El niño adoptado: primera visita

---

Miquel Ribera  
Topografía dermatológica

## 6.º Curso de Dermatología Pediátrica para Pediatras y Dermatólogos en formación

COORDINADORES:

Juan Ferrando y Ramon Grimalt

Servicio de Dermatología.

Hospital Clínic. Universidad de Barcelona

# índice

p. 1

Introducción

p. 2

Micosis en la infancia  
José Carlos Moreno Giménez

p. 4

Aspectos dermatológicos  
del maltrato infantil  
Ramon Grimalt

p. 7

Un día de consulta en dermatología  
pediátrica  
Asunción Vicente

p. 10

Genodermatosis comunes  
Vicenç García-Patos

p. 12

El niño adoptado: primera visita  
Eudald Sellarès

p. 15

Topografía dermatológica  
Miquel Ribera

p. 17

Entrevistas

# introducción

Dermopediatrics VI, el sexto curso de dermatología para pediatras y dermatólogos en formación, reunió en Barcelona a cerca de 400 asistentes que debatieron temas no tratados en ediciones anteriores y que pusieron de manifiesto la frecuencia y la variedad de las lesiones dermatológicas en la infancia.

Como es tradición, la jornada, patrocinada por Ferrer y auspiciada por la Sociedad Europea de Dermatología Pediátrica, tuvo un enfoque eminentemente práctico, con ponencias apoyadas en abundantes imágenes y orientadas a la actualización de conocimientos. Las ponencias se complementaron con sesiones interactivas de casos clínicos.

En el curso, dirigido por los Dres. Ramon Grimalt y Juan Ferrando, del Hospital Clínic de Barcelona, se abordó el impacto de las micosis, en especial de las tiñas y la candidiasis; el maltrato infantil, centrado en el maltrato físico, el abuso sexual y los hallazgos dermatológicos que deben despertar la sospecha del médico acerca de la naturaleza de las lesiones, y la actividad de un día de consulta dermatológica en un hospital pediátrico, en la que se repasaron diversos síntomas y enfermedades en el neonato, como erupciones vesiculopustulosas, eritrodermia, dermatosis por superantígenos o dermatitis del pañal.

La segunda parte de la jornada estuvo dedicada a las genodermatosis comunes, con la revisión de las manifestaciones dermatológicas de la neurofibromatosis y la esclerosis tuberosa; la primera consulta al niño procedente de adopción internacional, centrada en las infecciones e infestaciones que puede importar del Tercer Mundo (enfermedad de Chagas, oncocercosis, miasis, leishmaniasis, micobacterias atípicas, escabiosis, larva migrans, etc.), y el valor de la topografía en el diagnóstico dermatológico, en este caso centrada en las lesiones más prevalentes en el tronco y la cara, como el acné, la pitiriasis alba y versicolor, la dermatitis atópica y seborreica, los moluscos o el impétigo.

José Carlos Moreno Giménez  
**Servicio de Dermatología**  
 Hospital Reina Sofía. Córdoba



“Hay tratamientos adecuados para la gran mayoría de las micosis”

“Ciclopiroxolamina es un antifúngico de amplio espectro excelente, con capacidad de penetración”

# Micosis en la infancia

El Dr. Moreno, catedrático de Dermatología de la Universidad de Córdoba y jefe de servicio del Hospital Reina Sofía de la misma ciudad, abrió el turno de ponencias con una exposición sobre las infecciones micóticas en la infancia, en la que abordó principalmente las micosis por dermatofitos, o tiñas.

**COMENZÓ** señalando que los hongos son especies muy extendidas en la naturaleza y tremendamente resistentes, aunque tienen muy poca capacidad patogénica. Pueden afectar al género humano de 3 formas: determinando un proceso alérgico (fiebre del heno, cuadros de rinitis), por intoxicación directa al ingerir hongos tóxicos o por infecciones o parasitaciones de la piel. En este último caso, la micosis es siempre una infección oportunista, puesto que un hongo es incapaz de lesionar una superficie cutánea íntegra.

Las micosis son procesos frecuentes que cada vez llegan menos a las consultas de los dermatólogos pero en las que sigue habiendo un cierto sobrediagnóstico. “Debemos tener presente –alertó el ponente– que si una micosis no se cura es, probablemente, porque la hemos diagnosticado

mal, porque para estos procesos hay un tratamiento adecuado en la gran mayoría de casos”.

Se dividen en superficiales –las llamadas tiñas, producidas por dermatofitos–, intermedias –candidiasis, producidas por levaduras– y profundas. Los dermatofitos parasitan la capa córnea en las estructuras que tienen queratina, como la piel, el pelo y las uñas, y proceden del contagio interpersonal, los animales o la tierra, aunque estos últimos son muy poco patógenos.

Las tiñas se clasifican según su localización: de cabeza, barba, tronco, región inguinal (tiña crural), pies y uñas. Según la edad, en la infancia predominan la tiña de la cabeza, cara y cuerpo, mientras que en la adolescencia se añaden las del pie

y la crural, y son relativamente raras las de manos y uñas, más frecuentes en la edad adulta, cuando la tiña de la cabeza es excepcional.

## Tiñas de la cabeza, el cuerpo y la barba

La tiña de la cabeza es una parasitación por un dermatofito que afecta a los cabellos de cuero cabelludo, que se rompen a la altura del ostio folicular. Se produce de manera exclusiva en la etapa infantil, ya que cura habitualmente en la pubertad con la puesta en marcha de la secreción sebácea, y no deja lesiones residuales.

El querion de Celso es un proceso mucho más inflamatorio en forma de foliculitis supurativa –no exclusiva del cuero cabelludo– y conlleva una abundante exudación folicular, especialmente cuando se presiona la placa (signo de la espumadera). Si no se instaura tratamiento de forma temprana suele comportar cicatrices.

La tiña fávica, o favus, produce una inflamación folicular profunda (cazoleta fávica) que desemboca en alopecia cicatrizal. Poco frecuente en los países desarrollados, es persistente, no se cura con la pubertad y siempre deja una cicatriz residual que sólo tiene solución quirúrgica.

Aunque el niño afectado sea muy pequeño, el tratamiento siempre es sistémico, puesto que los tratamientos tópicos no pueden penetrar tan profundamente como el hongo en el folículo piloso. Se recomienda administrar griseofulvina en dosis de 20-25 mg/kg/día durante 30-45 días, con el inconveniente de que no hay una presentación en suspensión. Los lavados con antimicóticos son útiles para quitar las lesiones costrosas, mientras que el aislamiento de los niños se ha demostrado poco eficaz.

La tiña del cuerpo se manifiesta en forma de lesiones papulosas que tienden a cre-

cer de forma excéntrica, formando círculos con una zona central sana o discretamente escamosa y un borde inflamatorio activo, papuloso o pustuloso. Al igual que en el cuero cabelludo, hay formas inflamatorias cuando el agente etiológico es un hongo zoófilo.

La tiña de la barba suele aparecer en forma de lesiones inflamatorias (querion) en las zonas de la barba y el bigote. Es exclusiva de los varones adultos, ya que su desarrollo exige la presencia de pelo maduro, mientras que en los niños aparecen tiñas no inflamatorias en la cara (tiña facial).

### Tiñas crural, de los pies y de las uñas

La tiña crural (eccema marginado de Hebra) es semejante a la corporal pero tiende a localizarse en la zona inguinal. Es mucho más frecuente en varones (bolsa escrotal) y excepcional en niños, pero sí afecta a jóvenes que practican deporte de forma habitual debido a la maceración de la zona. En muchas ocasiones se asocia a la tiña de pies o uñas.

Rara en la etapa infantil pero frecuente en la pubertad, la tiña de los pies adopta morfologías variables. La forma interdigital es la más frecuente y se caracteriza por la descamación y fisuración de los espacios interdigitales. El proceso puede ser poco llamativo cuando la infección es exclusiva por dermatofitos (*Tinea pedis simplex*), o muy inflamatorio y exudativo cuando hay infección combinada con bacterias como *Pseudomonas* (*Tinea pedis complex*).

La tiña de las uñas es rara en niños, mucho más frecuente en los pies que en las manos y afecta a pocas uñas (de una a 3). El patrón diagnóstico es la presencia de una hiperqueratosis subungueal que determina el levantamiento de la uña del lecho (onicolisis). Habitualmente la lesión comienza en el pliegue subungueal distal

(onicomicosis subungueal distal), aunque puede hacerlo en el proximal (onicomicosis subungueal proximal), lo que para muchos autores es un marcador de sida. En contadas ocasiones se produce una parasitación exclusivamente de la lámina ungueal, que presenta una coloración blanquecina (onicomicosis blanca superficial).

A todas estos tipos de tiña, el Dr. Moreno añadió la tiña incógnita, un tipo de tiña que

## Las principales micosis son las tiñas, producidas por dermatofitos, y las candidiasis, causadas por levaduras



altera su morfología como consecuencia de tratamientos inadecuados con corticoides o pomadas polivalentes. En estos casos recomendó "interrumpir el tratamiento durante un tiempo para que se exprese la lesión y no se borren los componentes que permiten establecer el diagnóstico".

### Candidiasis, pitiriasis versicolor

Las infecciones por las especies del género *Candida* –en especial *C. albicans*– pueden afectar tanto a la piel como a las mucosas, o aprovechar la presencia de un cuadro previo para sobreinfectarlo. La

candidiasis de mucosas se caracteriza por la presencia de placas blanquecinas adheridas a las mucosas afectadas, oral, de genitales femeninos (vulvovaginitis) o masculinos (balanitis). La candidiasis de piel afecta generalmente a los pliegues, donde aparece una placa exudativa con presencia de pústulas en el borde y fisuración en el fondo del pliegue.

La pitiriasis versicolor es una de las formas más habituales de parasitación por levaduras, en este caso por un hongo del género *Malassezia*. Se trata de una levadura lipofílica y, por lo tanto, rara en niños, puesto que necesita de un ambiente seboreico para desarrollarse, de ahí que en adultos aparezca de forma predominante en el pecho y la espalda. Se caracteriza por lesiones maculosas de color variable, entre parduzcas y blancas, con un discreto componente escamoso que se hace más evidente tras el raspado (signo de la uñada).

El tratamiento es común al del resto de micosis, pero en muchas ocasiones pueden quedar lesiones crónicas residuales que no es preciso volver a tratar, ya que desaparecen de forma espontánea.

### Diagnóstico

El diagnóstico de las micosis superficiales se realiza por medio de 2 procedimientos complementarios: el examen directo y el aislamiento y la identificación del hongo en cultivo. Para el primero es fundamental una correcta toma de muestras, que debe hacerse siempre en el borde la lesión, y en el caso de material subungueal es necesario recortar las uñas de forma adecuada.

A la muestra recogida y depositada en un portaobjetos se le aplica una gota de solución de potasa (KOH) al 20-40%, mezclada con tinta azul permanente de Parker ("la única que no precipita"), de manera que el KOH disocie la queratina y la tinta tiña el hongo. El examen directo permite establecer la presencia de una infección,

pero no el diagnóstico de especie, para lo que se debe recurrir al cultivo.

El cultivo de dermatofitos se realiza habitualmente en el medio de Sabouraud y tarda entre 2 y 4 semanas en crecer, mientras que las levaduras requieren medios específicos para llegar al diagnóstico definitivo de especie y crecen en 48-72 h.

### Tratamiento

“Antes de aplicar tratamiento debemos estar seguros de que se trata de una micosis, luego determinar el tipo, valorar su extensión, las características del paciente y la posible toma de medicamentos con interacciones potenciales con algunos antifúngicos”, remarcó el Dr. Moreno.

Dentro del arsenal terapéutico disponible se refirió a los fármacos que sólo son útiles en las tiñas, como el tolnaftato, el tolciclato (ambos tópicos) o la griseofulvina (sistémico). La terbinafina por vía oral sólo muestra actividad frente a dermatofitos, mientras que de forma tópica se comporta como un antimicótico de amplio espectro.

Entre los fármacos antilevaduras destacó la nistatina y la anfotericina B, que sólo tienen una acción local. Y entre los antifúngicos de amplio espectro, los imidazoles, que se comportan como fungistáticos y actúan a través del citocromo P450, por lo que su administración sistémica puede presentar efectos secundarios. Más recientes son los triazoles, como fluconazol –especialmente indicado en las candidiasis– o itraconazol, que presentan menor toxicidad debido a su escasa ligazón al citocromo P450.

Otros antifúngicos de amplio espectro son las alilaminas, las dimetilmorfolinas y la ciclopiroxolamina, “un medicamento excelente, con una gran penetración y que facilita mucho el tratamiento de las micosis ungueales”. ¿Cuándo utilizar tratamiento sistémico? El Dr. Moreno cerró su exposición señalando que, en la elección terapéutica de la vías tópica o sistémica, es aconsejable esta última en las tiñas de la cabeza y las uñas, en las formas diseminadas o de difícil acceso y en las recidivantes al tratamiento local.

Ramon Grimalt  
Servicio de Dermatología  
Hospital Clínic. Barcelona

La historia clínica y la exploración física son claves para detectar casos de maltrato físico

La presencia de hematomas con diferente coloración es un dato altamente sospechoso de maltrato



# Aspectos dermatológicos del maltrato infantil

Conseguir despertar en el auditorio la sospecha delante de lesiones dermatológicas que indican un maltrato al niño: éste fue el objetivo de la intervención del Dr. Grimalt, dermatólogo del Hospital Clínic de Barcelona y profesor asociado de la Universidad de Barcelona, en la que repasó la repercusión dermatológica de los distintos tipos de maltrato físico. Se considera que el niño es maltratado cuando es objeto de violencia física o psíquica, de hecho o por omisión, por parte de las personas de las que depende para su correcto desarrollo, sean sus padres, familiares, tutores o maestros.

**HAY MÚLTIPLES** clasificaciones del maltrato, pero quizás la clasificación clínica es la de mayor interés desde un punto de vista didáctico. Así, puede hablarse de maltrato físico, químico, síndrome de Munchausen, maltrato psíquico y emocional, por omisión, por negligencia, sexual, prenatal (uso de sustancias prohibidas durante el embarazo) y por explotación laboral o sexual, poco frecuente en nuestro medio.

La prevalencia del maltrato es muy variable según las estadísticas, que adolecen de un subregistro de información por el objeto de estudio, vergonzoso y brutal.

En todo caso, según un estudio realizado en Texas (Estados Unidos) en 1995 entre víctimas de abuso o negligencia, la negligencia en la supervisión de los niños era el aspecto más prevalente (40%), por delante del abuso físico (32%) y el abuso sexual (16%).

Por su parte, un informe reciente de la Generalitat de Catalunya desmiente que el maltrato infantil sea exclusivo de las familias desestructuradas. Según este trabajo, el 42% de los casos ocurre en familias bien estructuradas y, además, el 80% de ellos fue causado por los propios padres.

### Historia clínica y exploración física

El maltrato o abuso físico puede definirse como la agresión corporal que recibe un menor por parte de un adulto sobre una parte del cuerpo mediante un agente vulnerable que produce una alteración de su integridad y es realizado de manera intencionada por el agresor. La historia clínica y la exploración física son claves para la detección de estas agresiones.

Entre los síntomas y hallazgos sospechosos destaca la discrepancia entre los hallazgos físicos de las lesiones y la versión ofrecida por el familiar. En muchas ocasiones la historia del mecanismo de la lesión no es compatible con la explora-

ción. "Se me cayó del sofá", "se me cayó mientras lo bañaba", "se cayó de la cama o de la cuna", "se le trabó la pierna con la cuna"... , son versiones utilizadas con frecuencia.

El tiempo transcurrido entre la aparición de las lesiones y la primera asistencia que recibe el niño es también clave. El retraso debe alertar al médico, ya que un padre normal con un niño accidentado corre a urgencias, mientras que un padre maltratador no: espera, y posteriormente, cuando se asusta o recapacita, lo lleva.

Ante la sospecha, el médico debe fijarse en el grado de preocupación de esos padres por las lesiones de sus hijos, que en los maltratadores suele ser inferior, así como en el tipo de interacción entre padres e hijos. El profesional puede detectar una interacción patológica en la diferencia entre el respeto y el miedo al padre por parte del niño.

Para alcanzar un diagnóstico positivo de maltrato es preciso realizar un interrogatorio dirigido y eficaz, preguntando a los padres por separado acerca del mecanismo de producción de las lesiones. En la gran mayoría de ocasiones los maltratadores incurren en versiones contradictorias.

Otro signo de alerta lo constituyen las visitas repetidas de un niño a los servicios de urgencias por accidentes traumáticos o por ingestión "accidental".

En la exploración física hay que estar especialmente atentos al polimorfismo lesional, a las localizaciones características de maltrato y a la llamada "hospitalización de signo inverso", que alude a las lesiones que "desaparecen" en el entorno hospitalario y "reaparecen" en el entorno familiar o institucional.

### Lesiones dermatológicas sospechosas

Hay un amplio abanico de lesiones asociadas al maltrato: fracturas, hematomas, equimosis, heridas, contusiones, alopecia traumática, cicatrices, tumefacción en partes blandas, laceracio-

Según estudios estadounidenses, hasta el 20% de los adultos reconoce haber padecido abuso sexual antes de los 17 años



Los Dres. Juan Ferrando y Ramon Grimalt, coordinadores de Dermopediatrics, en un momento del curso

nes, escoriaciones, quemaduras, congelaciones, erosiones.

En cuanto a las lesiones características, cabe señalar que cuando una persona cae suele golpearse en las partes duras del cuerpo, lo que comporta hematomas en rodillas, codos o en la barbilla si cae de cara. El maltratador de un niño, sin embargo, se preocupa de no lastimarse él mismo si golpea con la mano, por lo que busca zonas más blandas (brazos, muslos, pantorrillas, etc.). Cuando se golpea con objetos éstos dejan marcada en la piel su propia configuración, con bordes precisos, que claramente no son naturales.

La observación de hematomas con diferente coloración es un dato altamente sospechoso y nos advierte de que estamos ante una situación crónica, habitual en el maltrato infantil. Esos cambios en la coloración de los hematomas obedecen a la descomposición de la hemoglobina. De los días 2 al 5 el hematoma adquiere colores azulados o purpúricos, a la semana aparece el color verde, entre los 7 y 10 días cambia a un color más amarillento o parduzco, y entre las 2 y 4 semanas, dependiendo de su intensidad, desaparecen.

### Quemaduras, mordeduras, síndrome de Münchausen

La forma de las lesiones por quemaduras también sigue el mecanismo de producción. Hay 2 tipos de quemaduras: por inmersión y por contacto con el objeto quemante, y la forma de presentación más habitual es la quemadura por cigarrillos, especialmente en las palmas, las plantas, la cara y los genitales.

En el caso de una inmersión accidental en un líquido caliente siempre hay salpicaduras y la quemadura es más intensa en la zona de contacto inicial. Por el contrario, en un niño obligado a mantener sus manos sumergidas en agua hirviendo, por ejemplo, la quemadura es constante en toda la superficie de las manos y no es más intensa en las puntas de los dedos.

## El abuso sexual puede acompañarse del contagio de una enfermedad de transmisión sexual



En cuanto a las mordeduras, habituales entre niños en las guarderías, hay que tener presente que una distancia superior a 3 cm entre las marcas de los caninos nos indican que se trata de la boca de un adulto.

Un maltrato peculiar y poco habitual es el síndrome de Münchausen por poderes, que se da cuando el maltratador –en el 90% de los casos es una madre– con conocimientos médicos o de enfermería, lesiona a su hijo de forma sofisticada e inventa hechos falsos con el fin de poner a prueba al médico que atiende al niño. Las invenciones más comunes no son dermatológicas, sino hemorragias, cuadros neurológicos, fiebres inexplicables, vómitos fecaloideos, glucosurias, alergias, enfermedades raras persistentes y recurrentes sin explicación... Por su parte, los maltratos por omisión incluyen abandono, negligencia, carencia afectiva, privaciones nutricionales y déficit de higiene, entre otros.

### Maltrato sexual

En el abuso sexual el niño o adolescente participa en actividades sexuales con adultos que violan los tabúes sociales o

legales de la sociedad. Son juegos que el niño no entiende, para los que no está preparado de acuerdo con su desarrollo y, por lo tanto, no puede otorgar su consentimiento.

Este tipo de maltrato puede provocar traumatismos, tumefacciones, hematomas, mordeduras, desgarros, dermatitis genitales, vulvovaginitis y manifestaciones psicósomáticas. La penetración anal es el maltrato más frecuente –mucho más que la vaginal– y la dilatación del esfínter provoca pequeñas laceraciones y fisuras características, como el “signo de la estrella” o el “signo de la cuerda”.

En España no hay datos acerca del alcance del maltrato sexual, pero según series estadounidenses, hasta el 20% de los adultos reconoce haber padecido algún tipo de abuso sexual antes de los 17 años.

“Hay que tener muy en cuenta –subrayó el Dr. Grimalt– que el abuso sexual, al igual que el resto de maltratos, es crónico, pero en este caso es más difícil de detectar, por las amenazas que recibe el niño para que no cuente nada”. Se estima que el padre es el maltratador en el 30% de los casos, los hermanos mayores en el 10% y los tíos, abuelos u otros miembros de la familia en el 5%.

Ante la sospecha, es importante realizar un examen minucioso de la boca, las mamas, las nalgas, los genitales externos, la región perineal y el ano; cultivos vaginales, rectales, uretrales y faríngeos, así como estudios serológicos.

El abuso también puede comportar el contagio de una enfermedad de transmisión sexual (ETS). La aparición de sífilis o la detección de gonococos son, sin duda, indicativas de ETS, que también es probable en el caso de clamidias y condilomas. Es asimismo probable en el caso del herpes II, pero sólo posible en el del herpes I.

Las vaginitis bacterianas son inciertas y las candidiasis, en general, son improbables como ETS para diagnosticar un abuso sexual.



Asunción Vicente  
**Servicio de Dermatología**  
 Hospital San Joan de Déu.  
 Barcelona



El eritema tóxico neonatal es la erupción más frecuente en neonatos sanos

Las posibles causas de eritrodermia neonatal son infecciones, inmunodeficiencia y enfermedades metabólicas y cutáneas

# Un día de consulta en dermatología pediátrica

Partiendo de casos clínicos, la Dra. Vicente, del Servicio de Dermatología del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, dio un amplio repaso a lo que puede ocurrir un día de consulta dermatológica en un hospital pediátrico, demostrando que "en muchas ocasiones, sin técnicas complejas, podemos llegar a diagnósticos frecuentes e incluso raros".

**EL PRIMER** caso proviene de neonatología. Se trata de un bebé de 10 días de vida, con síndrome de Down y diagnosticado de leucemia congénita.

Presenta desde el primer día lesiones cutáneas indicativas de eritema tóxico neonatal: pápulas, vesículas y costras, herpetiformes, que afectan a las mejillas (de forma simétrica), el tronco y las extremidades.

Ante una erupción vesiculopustulosa en un neonato hay que plantearse 3 grandes grupos de enfermedades: lo más frecuente es una erupción transitoria del neonato, benigna y autolimitada; otra posibilidad es una infección, y finalmente, el inicio en el periodo neonatal de una enfermedad ampollosa, como la epidermolisis ampollosa.

Las erupciones transitorias del neonato

pueden ser el eritema tóxico neonatal, la melanosis pustulosa neonatal, el acné neonatal o la miliaria. El eritema tóxico neonatal es la erupción más frecuente en neonatos sanos (más del 50% de casos), aparece entre los días uno y 3 de vida, es benigno y autolimitado. Las lesiones son pequeñas pápulas o máculas eritematosas que se distribuyen de forma generalizada.

La melanosis pustulosa neonatal transitoria es más rara. Afecta al 1% de los recién nacidos blancos y al 15% de los negros. Las lesiones son también generalizadas, pero sólo en forma de pústulas y sin halo eritematoso.

Estas enfermedades no cuadran con el caso clínico, por lo que se consideran una posible infección. En neonatos pueden ser infecciones bacterianas, por *Candida* o virales (herpes simple, varicela zoster). Hay 3 pruebas diagnósticas rápidas: tinción de Gram (para bacterias), KOH (para *Candida*) y citología (para herpes virus).

Las pruebas fueron negativas, pero los patólogos observaron células de leucocitos inmaduros que recordaban a blastos circulantes. La descripción de la enfermedad sirvió, en 2001, para definirla: erupción vesiculopustulosa en neonatos con síndrome de Down y un trastorno mieloproliferativo. Son lesiones que afectan sobre todo a la cara y en las vesículas pueden observarse células mononucleadas atípicas, lo que descarta procesos infecciosos. Estas lesiones, curiosamente, remiten de forma espontánea.

## Eritrodermia neonatal

El siguiente caso proviene del servicio de urgencias. Un neonato de 28 días, sin antecedentes patológicos de interés, presenta eritrodermia neonatal, una erupción generalizada en una superficie cutánea prácticamente roja. Se trata de una

enfermedad poco frecuente en la que la piel pierde su función habitual de barrera y su causa casi siempre es grave.

Las posibles causas son infecciones, inmunodeficiencia, enfermedad metabólica y fármacos o enfermedades cutáneas que hayan producido la eritrodermia. Estas enfermedades cutáneas pueden ser dermatitis atópica o seborreica, pero también cuadros más raros, como ictiosis, psoriasis o mastocitosis cutánea difusa (excepcional).

En el diagnóstico se emplean datos clínicos, de laboratorio y, en ocasiones, biopsia cutánea. En realidad, diferenciar una dermatitis atópica de una seborreica no es fácil con el niño tan rojo. En un estudio reciente se ha demostrado que en esta diferenciación tienen poco valor la edad de inicio (la seborreica siempre antes que la atópica), los antecedentes familiares de atopia y el prurito, pero sí son útiles la IgE elevada, el test radioalergosorbente (RAST) positivo a leche o huevo y, sobre todo, la distribución de las lesiones. A esta edad, la dermatitis atópica afecta mayormente a las superficies de extensión, y la seborreica, a los pliegues.

¿Podría tratarse de una ictiosis? El síndrome de Netherton se caracteriza por la tríada eritrodermia, atopia y alopecia, pero el niño no había perdido el pelo.

¿Podría tratarse de una infección? Las infecciones que pueden provocar una eritrodermia son el síndrome de la piel escaldada y la candidiasis congénita. Los niños que presentan el primero, cursan con fiebre alta, irritabilidad, dolor en la piel, eritema en los pliegues y las zonas periorificiales, y ampollas y erosiones en los pliegues.

La candidiasis congénita no es rara, puesto que hasta el 20% de las embarazadas puede presentar una candidiasis vaginal en el momento del parto. Las pústulas en las palmas y las plantas son características. Pero el niño no presenta estos rasgos clínicos.

La distribución periorificial y acral de las

lesiones es indicativa de una enfermedad metabólica. Si se sospecha una afectación de este tipo, es necesario realizar pruebas específicas (zinc, biotinidasa, aminoácidos, ácidos grasos). En cuanto a las inmunodeficiencias, como el síndrome de Omenn, los niños que las presentan tienen la piel, además de roja, como infiltrada, indurada, han perdido el pelo y presentan grandes adenopatías.

Nada de eso ocurre en el caso clínico, pero llama la atención que no ha mejorado con corticoides y que, además de pústulas, tiene surcos acarinos. En definitiva, es una sarna neonatal lo que ha producido la eritrodermia.

### Dermatosis por superantígenos

Llaman por una niña de 8 años a la que hace 10 días le diagnosticaron varicela y que ahora está en la unidad de cuidados intensivos (UCI) con fiebre y fallo multior-

gánico. Presenta una erupción generalizada, rasposa y eritematosa, que predomina en los grandes pliegues, quielitis y lengua de apariencia aframbuesada.

Las erupciones escarlatiniformes se observan en el amplio grupo de las dermatosis por superantígenos, que comparten manifestaciones cutáneas (exantema generalizado, eritema flexural y en manos y pies) y mucosas (lengua aframbuesada, labios rojos y brillantes). La paciente cumple con la tríada diagnóstica de estas dermatosis, que le ha llevado a la UCI: fiebre, afectación multisistémica y afectaciones cutáneas.

En realidad, la paciente tiene un síndrome de shock tóxico –la primera dermatosis por superantígenos descrita– por la sobreinfección de la varicela por *Staphylococcus aureus*. Otras dermatosis de este tipo son la escarlatina, el síndrome de la piel escaldada por estafilococo, la enfermedad de Kawasaki y el eritema perineal recurrente mediado por toxinas. Son enfermedades muy diferentes con manifestaciones muy semejantes. En la escarlatina, por ejemplo, destaca el signo de Pastia, que ayuda claramente en el diagnóstico de la enfermedad.

El síndrome de la piel escaldada por estafilococo cursa con fiebre alta, eritema generalizado con afectación en los pliegues, erosiones y costras. El diagnóstico

La tríada diagnóstica de la dermatosis por superantígenos es fiebre, afectación multisistémica y cutánea





es clínico, pero hay que hacer un cultivo bacteriano para determinar el foco infeccioso (conjuntiva, otorrinolaringología, ombligo, heridas cutáneas).

La enfermedad de Kawasaki presenta unas lesiones similares, con erupción generalizada –que en el 70% de los casos se inicia en el área del pañal–, mayor afectación en pliegues y la forma más frecuente es maculopapulosa.

Para su diagnóstico, los niños deben tener fiebre alta más de 5 días y 4 de los siguientes criterios diagnósticos: inyección conjuntival bilateral, linfadenopatía cervical (> 1,5 cm), erupción polimorfa, afectación de los labios y la mucosa oral (quelitis, lengua aframbuesada, eritema orofaríngeo) y de las extremidades (edema, eritema en palmas y plantas, descamación en la punta de los dedos). Es la causa más frecuente de cardiopatía adquirida en la infancia (aneurisma coronario).

Por último, el eritema recurrente mediado por toxinas produce las mismas lesiones cutáneas y mucosas que la enfermedad de Kawasaki, pero no comporta inyec-

ción conjuntival, adenopatías y afectación coronaria, y el estado de salud general del niño es bueno. En todos los casos, el antecedente inmediato es un cuadro faringoamigdalario y se trata de una enfermedad bacteriana por *S. pyogenes* que requiere tratamiento antibiótico, con un buen pronóstico.

### Dermatitis del pañal

De vuelta a la consulta, la Dra. Vicente debe hacer frente a varios casos de dermatitis del pañal, una de las causas más frecuentes de visita. La forma más habitual es un eritema discreto en una zona que exige el lavado y el cambio de pañal de forma frecuente. Pueden

emplearse pastas al agua, linimentos con óxido de zinc y corticoides tópicos de baja potencia.

En ocasiones la curación es difícil, particularmente cuando el niño tiene diarrea y se erosiona. En estos casos hay que examinar siempre el borde de las lesiones, ya que si presenta pústulas pueden ser un intertrigo candidiásico.

En otras ocasiones, la dermatitis del pañal no se cura porque no es tal. Hay que diferenciarla, por ejemplo, de la dermatitis perianal estreptocócica, que exige cultivo bacteriano y tratamiento con antibióticos orales. Si hay placas crónicas y una piel eritematosa y descamativa, puede tratarse de una psoriasis con afectación del área del pañal.

En la lactancia exclusiva pueden producirse dermatosis carenciales, la más común de las cuales es la dermatitis por déficit de zinc. Y las lesiones purpúricas en los pliegues pueden ser indicativas de una enfermedad muy seria, la histiocitosis de células de Langerhans, cuyo diagnóstico requiere la realización de una biopsia.

**La curación de la dermatitis del pañal puede ser difícil, sobre todo cuando el niño tiene diarrea y se erosiona**

Vicenç García-Patos  
**Servicio de Dermatología**  
 Hospital Vall d'Hebron.  
 Barcelona



Las máculas café con leche son un motivo frecuente de consulta y obedecen a un aumento de la melanina epidérmica

La neurofibromatosis es la enfermedad multiorgánica que se asocia con mayor frecuencia a las máculas café con leche

# Genodermatosis comunes

Las genodermatosis son un grupo muy heterogéneo de procesos –más de 200 entidades– cuyas manifestaciones cutáneas son el signo único o principal, o resultan de gran ayuda para establecer el diagnóstico. Entre ellas, el Dr. García-Patos, catedrático de Dermatología de la Universidad Autónoma de Barcelona y jefe de servicio del Hospital Vall d'Hebron, se centró en las máculas café con leche (MCL), la neurofibromatosis (NF) y la esclerosis tuberosa, 2 enfermedades multisistémicas potencialmente graves.

**LAS MCL SON** un motivo de consulta habitual y obedecen a un aumento de la melanina epidérmica. La tonalidad es variable, pero por lo general son de color marrón claro (café con leche) y en ocasiones más oscuras (café *noir*). Son lesiones bien delimitadas, de aspecto redondeado u ovalado, que predominan en el tronco y cuyo número es también muy variable: entre una y decenas.

La presencia de MCL es muy frecuente, hasta el punto que se estima que el 30% de la población general tiene al menos una lesión, y que el 10% tiene hasta 3 lesiones. En estos casos no hacen falta exploraciones complementarias, pero sí cuando se superan las 3, porque pueden ser un marcador de genodermatosis.

La NF es la enfermedad multiorgánica

que se asocia con mayor frecuencia a las MCL. Tiene un patrón de herencia autosómico dominante, aunque en el 50-70% de los casos no hay ningún antecedente familiar y se debe a neomutaciones. Se considera un complejo sindrómico, ya que se han descrito hasta el momento 8 formas de expresividad muy dispar.

Las formas más frecuentes son la de tipo 1 (NF1), conocida clásicamente como enfermedad de von Recklinghausen, y la de tipo 2 (NF2). El 90% de las NF es de tipo 1, cuyo defecto genético se sitúa en el cromosoma 17, en un gen con un gran número de exones, lo que dificulta el diagnóstico directo por secuenciación y explica la vigencia de los criterios clínicos. Afecta a uno de cada 2.500-3.000 recién nacidos. La NF2 es mucho menos frecuente (uno de cada 35.000 recién nacidos) y el defecto genético se localiza en el cromosoma 22.

## Diagnóstico de neurofibromatosis

El diagnóstico es básicamente clínico a partir de 7 criterios diagnósticos, de los que 3 son dermatológicos. El primero es la presencia de 6 o más MCL > 5 mm en menores de 6 años y > 15 mm en mayores de esa edad. En todo caso, ante la presencia de 6 o más MCL conviene realizar una exploración neurológica y controles periódicos del paciente, incluyendo pruebas de neuroimagen (resonancia cerebral).

El segundo signo es la presencia de efélides (pecosidades) axilares e inguinales, aunque también se observan en el tronco y el hipogastrio. Son pequeñas lesiones lenticulares que aparecen a partir de los 3 años y que se creía que eran patognomónicas de la NF, pero se ha observado que también están presentes en el síndrome LEOPARD.

El tercero es la presencia de 2 o más neurofibromas. Se desarrollan a partir de los 6-8 años y en pacientes con MCL pueden ser suficientes para establecer el diagnóstico. Son lesiones papulosas de consistencia blanda, que dan la sensa-

ción de tejido herniado a través de la dermis. En ocasiones son pequeñas pápulas y en otras son cuadros muy floridos, con centenares o miles de neurofibromas.

No obstante, el Dr. García-Patos remarcó que "la presencia de muchos signos cutáneos de la enfermedad no implica mayor gravedad o mayor riesgo de complicaciones sistémicas. Hay casos con una expresividad clínica discreta y complicaciones neurológicas graves, y también al contrario". Dos complicaciones preocupantes pero infrecuentes son la degeneración sarcomatosa del neurofibroma, sobre todo en la adolescencia, y la aparición de xantogranulomas, una lesión de estirpe histiocitaria.

El cuarto criterio diagnóstico es la presencia de 2 o más nódulos de Lisch. Estas lesiones son el equivalente oftalmológico de las MCL, coloraciones de color marrón claro en el iris, por lo que ante la sospecha de una NF se recomienda un examen oftalmológico con lámpara de hendidura. No alteran la visión y tienen una gran utilidad diagnóstica.

El glioma del nervio óptico es el quinto signo de la enfermedad. Se estima que hasta el 15% de los pacientes puede tenerlo, suele ser asintomático y no requiere ningún tratamiento, pero exige un control oftalmológico y tratamiento con quimioterapia o radioterapia cuando hay compromiso visual o progresión.

El sexto criterio es la presencia de alteraciones óseas, en concreto, de displasias, como la pseudoartrosis de tibia o la displasia esfenoidal. Por último, en pacientes con más de 6 MCL siempre debe examinarse a padres y hermanos en busca de signos de la enfermedad, ya que la presencia de NF en uno de ellos es suficiente para establecer el diagnóstico.

Muchas otras enfermedades pueden provocar MCL. Entre ellas destaca la displasia fibrosa poliostótica, o síndrome de McCune-Albright, que no es una enfermedad hereditaria sino que corresponde a un mosaicismo somático. Hasta el 60%

de los que la experimentan tiene MCL, que generalmente son segmentarias unilaterales. A diferencia de la NF, las lesiones son únicas o escasas y de gran tamaño, de color marrón oscuro y afectan al tronco, mientras que en la NF afectan a las extremidades y la cara.

Las MCL y las efélides axilares se observan también en la lentiginosis generalizada, un síndrome conocido con el acrónimo LEOPARD, que hace referencia a sus rasgos clínicos: lentiginosis, alteraciones electrocardiográficas, estenosis pulmonar subvalvular (por lo general, asintomática), alteraciones genitales, retraso de crecimiento y sordera neurosensorial.

### Esclerosis tuberosa

La esclerosis tuberosa (ET) es el segundo de estos síndromes neurocutáneos en frecuencia y su incidencia es de un caso por cada 15.000 recién nacidos. Se trata también de un complejo sindrómico con una repercusión clínica importante y en el 60-75% de los pacientes corresponde a neomutaciones. Se conocen 2 defectos genéticos que dan el mismo fenotipo: el gen de la hamartina en el cromosoma 9 y el de la tuberina en el 16.



La ET debe sospecharse en niños con epilepsia o con rabdomioma cardíaco. Las máculas hipopigmentadas son la manifestación dermatológica más frecuente y pueden tener forma de hoja de fresno, de "confeti" (un salpicado de puntitos de color más pálido que la piel), redondeadas o segmentarias.

Más del 95% de los lactantes con esclerosis tuberosa tiene 3 o más de estas máculas, que suelen ser múltiples, predominan en el tronco y las extremidades, y cuando afectan al cuero cabelludo aparecen en forma de mechón blanco (poliosis).

El diagnóstico diferencial se fija frente al nevo acrómico, una lesión habitualmente única y de mayor tamaño. Otros hallazgos dermatológicos son los angiofibromas faciales, lesiones sutiles que inicialmente recuerdan al acné, y los fibromas, tanto ungueales (tumor de Koenen) como gingivales. Los tumores de Koenen aparecen, sobre todo, a partir de los 6 años, en el borde lateral de la uña y frecuentemente se confunden con verrugas.

Más allá de las manifestaciones dermatológicas, las lesiones características de la enfermedad están presentes en los estudios de neuroimagen en más del 95% de los pacientes ya en el período neonatal. Es preciso realizar un correcto tratamiento desde los primeros síntomas de convulsiones, que presentan el 80-90% de los pacientes, ya que se ha observado que el riesgo de retraso mental está claramente relacionado con la frecuencia, la gravedad y el control de éstas.

Las técnicas de imagen muestran tractos con una señal anómala en la sustancia blanca, tubérculos corticales –que se observan mejor con resonancia magnética que con tomografía computarizada– y angiolipomas renales, aunque éstos surgen con la evolución de la enfermedad. También es necesaria la realización de ecocardiografías y exámenes oftalmológicos, ya que uno de cada 4 pacientes presenta hamartomas retinianos nodulares, facomas, que constituyen un criterio diagnóstico mayor de esclerosis tuberosa.

Eudald Sellarès  
Servicio de Pediatría  
Hospital General de Vic.  
Barcelona



España es el segundo país del mundo en adopciones internacionales de niños

En estos niños debe realizarse anamnesis completa, revisión general, inspección de la piel y exploración de lesiones cutáneas individuales

# El niño adoptado: primera visita

La esfera dermatológica en la primera visita de los niños procedentes de adopción internacional fue el tema de exposición del Dr. Sellarès, que se apoyó en "minicases" clínicos para repasar 12 enfermedades –de mayor o menor incidencia– que puede presentar esta población.

**COMENZÓ** señalando que España es el segundo país del mundo en adopciones internacionales de niños, que provienen en su mayoría del Tercer Mundo. Estos niños, al igual que sucede con los inmigrantes, proceden de países con precariedad higiénico-sanitaria y tienen un alto riesgo de problemas de salud. Aparte de lo que podríamos denominar enfermedades universales, presentan

enfermedades que ya no son prevalentes en los países desarrollados, otras causadas por las condiciones desfavorables (orfanatos, etc.) y las enfermedades endémicas del país de origen.

En estos casos debe realizarse una anamnesis lo más completa posible –a pesar de los informes falseados o irregulares que abundan en estos casos de

adopción–, una revisión general del paciente, una inspección de la piel y una exploración de las lesiones cutáneas individuales.

La inspección de la piel debe incluir aspectos como color, textura, grado de hidratación, partes accesibles, mucosas, uñas o zona anogenital, mientras que en la exploración de las lesiones individuales debe observarse su tipología, configuración, extensión, distribución, color, cambios en la piel y sus anejos (uñas, pelo, mucosas) e intentar determinar si se trata de lesiones primarias o secundarias.

## Pediculosis, tungiasis

Pasando a los casos clínicos, el ponente comenzó con uno de **pediculosis** y recordó que la mitad de casos puede estar asintomáticos en el momento del diagnóstico y que el síntoma más importante es el prurito, que surge como una reacción de hipersensibilidad a la saliva del piojo.

Acerca del tratamiento comentó que, según una revisión Cochrane de 2005, la gran mayoría de productos terapéuticos es útil si se emplean correctamente, en especial las lociones, que pueden distribuirse y ser activas en todo el cuello cabelludo, no así los champúes.

La **tungiasis** no es típica sólo de niños inmigrantes, sino también de los turistas que visitan zonas tropicales. Al caminar descalzos o con sandalias por la arena de las playas pueden entrar en contacto con una pequeña pulga (*Tunga penetrans*) que penetra por la piel de los dedos de los pies o por las uñas. Si no es posible la extracción de la pulga, el trata-

miento pasa por el curetaje de la cavidad y la aplicación de antiséptico tópico.

### Enfermedad de Chagas, micobacterias atípicas

La **enfermedad de Chagas** es producida por el *Trypanosoma cruzi* y es transmitida por chinches. Puede afectar a cualquier edad, pero en las zonas endémicas hasta el 85% de los niños menores de 10 años está infectado. En la fase aguda –la que experimentan los niños– hay una reacción inflamatoria localizada en la zona donde penetra y cuando afecta a la conjuntiva produce el signo de Romaña, que comporta conjuntivitis, edema periorbitario y adenopatía preauricular.

En 2-3 meses el niño queda asintomático y de adulto tendrá la fase crónica, en la

que puede presentar una cardiopatía muy grave y afectación del tracto gastrointestinal (megacolon, megaesófago). El tratamiento en la fase aguda con nifurtimox logra una buena respuesta, pero en la crónica es ineficaz.

La más frecuente de las **micobacterias atípicas** es *M. marinum*, que contamina aguas dulces y saladas, está distribuida por todo el mundo y afecta al hombre a través de pequeñas heridas en la piel, por lo que las lesiones suelen observarse en partes expuestas.

La incubación es de 2-3 semanas, produce pápulas eritematosas que pueden unirse formando nódulos o placas que suelen ulcerarse y supurar. Tienden a curarse espontáneamente en 1-2 años. El tratamiento antibiótico dura unos 3-4 meses, pero no hay acuerdo sobre la pauta con fármacos como doxiciclina, minociclina, cotrimoxazol o rifampicina.

### Escrofuloderma, miasis

En el **escrofuloderma** es necesario diferenciar si el patógeno es una micobacteria atípica (*M. avium*) o *M. tuberculosis*. Ambos pueden provocar un agrandamiento ganglionar unilateral, indoloro, no

adherido a planos profundos y con pocos cambios inflamatorios, hasta que evoluciona, se ulcera y fistuliza formando tractos sinusales que drenan durante meses o años. Suelen curar formando una cicatriz hipertrófica muy antiestética.

El tratamiento es médico si se trata de una tuberculosis ganglionar, mientras que si es causado por una micobacteria atípica sólo da buenos resultados la exéresis quirúrgica lo más temprana posible.

La **miasis** provoca placas inflamatorias de gran tamaño y úlceras profundas en el cuero cabelludo, muy dolorosas, así como adenopatías occipitales. Se trata de una infestación por larvas de mosca con una distribución mundial pero con mayor incidencia en los trópicos y subtropicos (África y América); afecta a cualquier zona del cuerpo, pero especialmente a las zonas expuestas.

En la forma foruncular las larvas excavan la dermis produciendo lesiones parecidas a furúnculos. Comienza con una pápula pruriginosa que aumenta de tamaño y tiene una depresión, o poro central, por donde respira la larva. No hay que intentar extraerla porque dispone de unos ganchos de sujeción y puede quedar dentro. Es preciso realizar un desbridamiento quirúrgico y una buena limpieza. También es útil la ivermectina.

### Larva migrans, oncocercosis

La **larva migrans** cutánea se expresa como una erupción serpinginosa eritematosa, vesicular y muy pruriginosa que está causada por la penetración de larvas de nematodos, en particular de *Ancylostoma braziliense*. Se distribuye fundamentalmente en los trópicos y subtropicos y el riesgo radica en caminar descalzo por zonas de arena.

El diagnóstico es clínico y cura espontáneamente cuando se muere el parásito, pero el prurito obliga a tratarla en muchas ocasiones. En adultos la crioterapia ofre-

No hay consenso sobre la pauta antibiótica en el tratamiento de las micobacterias atípicas



ce buenos resultados, pero es mal tolerada por los niños. Los tratamientos habituales son albendazol oral y tiabendazol acuoso tópico al 10%.

La **oncocercosis** está provocada por *Onchocerca volvulus*, es transmitida por moscas y el hombre es el huésped definitivo. Puede penetrar por la piel, los ganglios y los ojos, y la larva migra al tejido subcutáneo, donde se transforma en gusanos adultos, microfilarias, que se extenderán por todo el cuerpo. Hay 2 formas cutáneas: la oncodermatitis papular aguda y los quistes subcutáneos (oncocercomas), donde se aloja el gusano adulto.

Provoca un prurito muy intenso y la cronificación (tras meses o años) comporta placas liquenificadas, zonas hipopigmentadas o hiperpigmentadas y zonas atróficas en las piernas. El tratamiento pasa por la extirpación de los nódulos y la administración de ivermectina (150 µg/kg).

## La leishmaniasis es endémica en 90 países

### Escabiosis, leishmaniasis

La infestación por el ácaro *Sarcoptes scabiei* es el origen de la **escabiosis** (sarna), que provoca un prurito muy intenso y en niños pequeños puede afectar a la cabeza y el cuero cabelludo. El diagnóstico es clínico, por criterios que incluyen exantema prurítico de predominio nocturno, afectación familiar, localizaciones características y pápulas eritematosas, que en el pene o el pecho son casi patognomónicas.

Hay que tratar a los pacientes y a todos los familiares que conviven con ellos de forma simultánea. El tratamiento habitual es permetrina al 5% e ivermectina para

las formas muy graves. Se debe aplicar el producto en toda la superficie corporal y en niños de menos de 2 años también en la cabeza. Habitualmente se recomienda una aplicación única durante 12 h, el lavado de todo el cuerpo y volver a aplicar a la semana.

La **leishmaniasis** está provocada por un protozoo del género *Leishmania*, es transmitida al hombre a través de la picadura de un mosquito infectado y es endémica en 90 países. La forma cutánea puede ser una lesión única o múltiple, que habitualmente comienza con pápulas eritematosas y una placa indurada nodular que se ulcera y se recubre de una costra grisácea. Si no se trata, puede curarse de forma espontánea después de meses o años, pero deja una cicatriz.

En el tratamiento son útiles los antimonioles (20 mg/kg/día durante 20 días), la crioterapia y otros fármacos, como pentamidina, anfotericina B, ketoconazol o terbinafina.





Miquel Ribera  
**Servicio de Dermatología**  
 Hospital Universitario Germans  
 Trias i Pujol. Badalona



La localización o distribución de las lesiones cutáneas facilita su diagnóstico

No debe confundirse la pitiriasis alba con la versicolor, ya que ésta, salvo raras excepciones, no aparece en niños

de evolución. Las lesiones en línea recta desvelan que se trata de picaduras, por ello hay que preguntar siempre si el niño estuvo en el campo, el parque o la playa en los días precedentes. Son lesiones que adquieren el aspecto típico de una urticaria con el rascado.

Aunque hay especialistas reacios a aplicar un corticoide tópico, el ponente recordó que las picaduras constituyen un cuadro autolimitado cuyas molestias duran 10 días a lo sumo, por lo que no hay posibilidad de iatrogenia. Se mostró partidario de un corticoide con antibiótico, "porque en muchas ocasiones las lesiones se escorian e impetiginizan".

Los moluscos causan pápulas hemisféricas de coloración rosada o del mismo color de la piel, de superficie lisa y en cuyo centro presentan una umbilicación o depresión. Las lesiones suelen aparecer en grupos, aunque también pueden encontrarse aisladas.

El Dr. Ribera se declaró partidario del legrado de estas lesiones a pesar de que sangran, ya que los anestésicos tópicos disponibles hacen que sea poco doloroso. En zonas en las que el legrado no es posible (escroto, cara) las lesiones se pueden extrusionar con unas pinzas.

### Pitiriasis alba, vitíligo

En la pitiriasis alba (o dartsos acromiante) se aprecian lesiones redondeadas, hipopigmentadas, ligeramente descamativas y mal delimitadas en las mejillas o en la superficie externa de los brazos, pero también en cualquier otra localización. "No debe confundirse con la pitiriasis versicolor –remarcó el ponente– puesto que ésta, salvo raras excepciones, no aparece en niños". Un rasgo diferenciador

# Topografía dermatológica

Como continuación de una ponencia anterior en la cuarta edición de *Dermopediatrics*, en 2007, en la que abordó las dermatosis en extremidades, pies y manos, el Dr. Ribera, dermatólogo del Hospital Germans Trias i Pujol y profesor asociado de la Universidad Autónoma de Barcelona, se basó en múltiples imágenes para exponer la topografía de las lesiones cutáneas más frecuentes en el tronco y la cara.

**SUBRAYÓ QUE LA** localización y distribución facilita el diagnóstico topográfico de estas enfermedades, ya que suelen ser más características en unas zonas del cuerpo que en otras, y manifestó que el objetivo de su ponencia era potenciar la capacidad de los asistentes para establecer diagnósticos de *visu*.

### Lesiones en el tronco

Comenzando por el tronco, en los niños con lesiones costrosas de pocos días de evolución hay que pensar en un impétigo. En estos casos el niño muestra un buen estado general, lesiones costrosas de aspecto melicérico (amarillo brillante) y ampollas en diversas localizaciones. Estas ampollas se rompen y dejan erosiones exudativas.

Consultan por un niño con lesiones pruriginosas en todo el cuerpo de pocos días

claro es que las máculas hipopigmentadas de la pitiriasis versicolor están bien delimitadas.

También están bien delimitadas las máculas del vitiligo, cuyas localizaciones típicas son las zonas periorificiales, el dorso y las manos, pero también los pliegues axilares e inguinales. Las lesiones no son descamativas y suelen mostrar una distribución bilateral y simétrica.

Los pelos que se hallan en su interior pueden estar afectados y ser de color blanco. Otras veces se observan áreas pigmentadas puntiformes en el interior de las lesiones, que corresponden a focos de repigmentación alrededor de los folículos pilosebáceos.

Dado que el vitiligo suele evolucionar mal, el Dr. Ribera aconsejó a los pediatras remitir estos casos a los dermatólogos. Otras lesiones frecuentes son las dermatitis de contacto al níquel, en las que la piel está engrosada y liquenificada.

Se observan en las zonas donde el metal contacta con la piel, como la que corresponde al botón del pantalón vaquero.

En la tiña de la piel lampiña se observan una o varias lesiones anulares o circinadas con un borde más activo, sobrelevado, descamativo o pustuloso, que se localizan en alguna área descubierta del tegumento cutáneo. Surgen tras el contacto con animales y el tratamiento antifúngico tópico suele ser suficiente.

### Lesiones en la cara

En la sarna (escabiosis) se aprecian pápulas, pústulas o vesículas junto con lesiones de rascamiento localizadas preferentemente en las áreas de pliegues, como los interdigitales de las manos y los pies o las axilas.

Son muy características las lesiones en las areolas mamarias, el pene y el escroto, pero en lactantes la cara es una loca-

lización frecuente, al igual que la cabeza, el cuello, las palmas y las plantas.

El cuadro puede parecer una dermatitis atópica, pero la presencia de lesiones vesiculosas y surcos acarinos facilita el diagnóstico, que puede ser extensible a otros miembros de la familia.

La dermatitis atópica es frecuente en esta edad y el diagnóstico diferencial debe plantearse con la dermatitis seborreica, que suele ser más temprana y provoca menos prurito. La dermatitis seborreica presenta un cuadro más aparatoso, con una descamación un poco amarillenta, afectación del cuero cabelludo y también de los pliegues, cosa que no ocurre con la dermatitis atópica, más localizada en las zonas de extensión y en las más prominentes de la cara.

La dermatitis seborreica es más temprana y menos pruriginosa que la dermatitis atópica

### Leishmaniasis cutánea, verrugas planas

La leishmaniasis cutánea provoca en la cara pápulas de color de amarillo a cobrizo, que suelen hacer costra y que tienen un tiempo de evolución largo. Para el diagnóstico es preciso rascar y hacer una citología, dado que la biopsia hay que evitarla en lo posible para no dejar cicatriz. Si se realiza vitropresión la lesión adquiere un color jalea de manzana característico. El tratamiento puede hacerse con glucantime intralesional.

El impétigo también puede afectar a la cara, en ocasiones con cuadros aparatosos, pero se trata de una lesión superficial de la piel que no afecta al estado general del niño. El tratamiento se realiza con antibióticos tópicos, y en lesiones extensas, con antibióticos orales.

En los niños con verrugas planas se observan múltiples pápulas planas de pocos milímetros del color de la piel normal o un poco amarronadas en la cara. Algunas de ellas pueden agruparse en línea (fenómeno de Koebner), lo que facilita mucho el diagnóstico.

Es aconsejable no obstinarse en querer



# Entrevistas

curarlas, ya que involucionan solas y su contagiosidad es muy baja, pero siempre se pueden tratar con retinoides tópicos. Los medicamentos antiverrugas funcionan muy bien en lesiones en las palmas, las plantas y periungueales, donde la capa córnea es más gruesa, pero no deben utilizarse en la cara, porque se pueden originar quemaduras no deseadas.

## Acné

Por último, el Dr. Ribera se refirió al acné, la dermatosis princeps por su frecuencia, y manifestó que el pediatra es fundamental para su tratamiento, sobre todo en el acné leve-moderado. En los afectados pueden observarse comedones abiertos y cerrados, pápulas, pústulas, nódulos, quistes y cicatrices, dependiendo del tipo de acné y la gravedad. Algunos pacientes presentan uno o varios tipos de estas lesiones y otros, todo el espectro. La afectación facial suele ser una constante, no así la del pecho y la espalda, más característica de las formas más intensas.

Aparece entre los 14 y 16 años y suele terminar entre los 17 y 21 años. En unos casos desaparece antes de forma espontánea, pero en otros es necesario frenarlo. Para ello el tratamiento de base –sobre todo del preacné– es la administración de retinoides tópicos, combinados o no con peróxido de benzoilo. En ocasiones también son necesarios antibióticos tópicos (eritromicina, clindamicina o nadifloxacino) y en las lesiones más intensas, antibióticos orales (minociclina, doxiciclina).

A juicio del ponente, es clave que pediatras y médicos de familia sepan distinguir los procesos que van a evolucionar mal y pueden dejar cicatrices y que los remitan a los dermatólogos. Por ejemplo, el acné de un niño con historia familiar de acné intenso evolucionará mal y los tratamientos tópicos y la antibioterapia oral probablemente serán insuficientes. Estos casos deben remitirse y pueden beneficiarse del tratamiento con isotretinoína oral.



Ramon Grimalt Santacana.  
Hospital Clínic. Barcelona

Seguro que hay más maltrato infantil encubierto del que podemos llegar a imaginar

*¿Cuál es la prevalencia del maltrato infantil en nuestro medio?*

Es muy difícil de calcular, porque por desgracia la mayoría de los maltratos nos pasan desapercibidos y se convierten en crónicos precisamente porque no se detectan. En todo caso, seguro que hay más maltrato encubierto del que podemos llegar a imaginar.

*¿Se sabe cuál es el maltrato más frecuente?*

De eso sí tenemos información, y es el maltrato por negligencia, el no dar a un niño lo que necesita en términos de atención, nutrición o higiene. El segundo es el maltrato psicológico y el tercero es el maltrato físico, desde las bofetadas y los pequeños golpes, los más habituales, a maltratos mucho más graves.

*¿Cuáles son los hallazgos sospechosos que deben alertar a los pediatras?*

Los que hemos comentado en el curso. Entre otros, el retraso entre la aparición de las lesiones en el niño y la consulta, la discrepancia entre la versión de los padres y las lesiones, la interacción patológica entre el niño y sus padres y la presencia de hematomas con distinto grado de evolución, que pone de manifiesto el carácter crónico del problema.



José Carlos Moreno Giménez.  
**Hospital Universitario Reina Sofía.**  
**Córdoba**

## Ciclopiroxolamina es muy útil en el tratamiento de la micosis

*¿Cuáles son las infecciones micóticas más frecuentes en población pediátrica?*

La tiña del cuero cabelludo y la del cuerpo, que incluye la tiña de la cara. La primera es casi exclusiva de la etapa infantil y tiene una alta contagiosidad en instituciones escolares.

*¿Es tarea fácil para el pediatra su diagnóstico?*

En muchas ocasiones lo importante es pensar en su propia existencia, pero dada la gran especificidad de este tipo de infección en la cabeza del niño, cuando vemos una afección del cuero cabelludo, sobre todo cuando aparecen pelos rotos, el diagnóstico está prácticamente servido.

*¿Qué factores determinan la elección del tratamiento?*

Fundamentalmente, la extensión de la lesión, pero también la presencia de enfermedades subyacentes y la toma de medicamentos que puedan suponer interacciones. Por lo general, en las lesiones localizadas y corporales el tratamiento es tópico, y en las extensas y en cuero cabelludo, sistémico.

*¿Cuál es el papel de ciclopiroxolamina en estos procesos?*

Se trata de un medicamento muy útil en el tratamiento de las micosis. Es de utilización tópica, posee una capacidad de penetración en la piel muy llamativa, que lo convierte en muy recomendable y, además, la nueva presentación en champú puede contribuir de forma importante al tratamiento de las micosis del cuero cabelludo.



Asunción Vicente Villa.  
**Hospital San Joan de Déu.**  
**Barcelona**

## La dermatitis atópica sigue siendo el trastorno más común en la consulta de dermatología pediátrica

*¿Cuáles son las lesiones más frecuentes en una consulta hospitalaria de dermatología pediátrica?*

Por este orden, los trastornos más comunes son la dermatitis atópica, las enfermedades virales, como verrugas y moluscos, los nevos melanocíticos y las infecciones cutáneas.

*¿Cuáles son sus principales causas?*

De entrada, debemos hablar de la predisposición familiar y las enfermedades hereditarias, y luego de las infecciones, virales, bacterianas y fúngicas, y de las causas ambientales, entre las que podemos citar el uso de aire acondicionado, la calefacción, el polvo ambiental y la exposición solar.

*¿Qué tipo de pruebas diagnósticas son las más empleadas?*

En muchas ocasiones no vamos a recurrir a ellas, porque el diagnóstico es básicamente clínico. Pero las más utilizadas son las pruebas de laboratorio microbiológico, incluidas la tinción de Gram, KOH, cultivo bacteriano y micología, así como las pruebas de anatomía patológica, como el test de Tzanck y la biopsia cutánea.

*¿Cuál es el grado de idoneidad de los tratamientos disponibles?*

El tratamiento es satisfactorio en el campo de las infecciones bacterianas y fúngicas, mientras que para las virales no disponemos de tratamiento etiológico, sólo medidas tópicas o quirúrgicas con resultados muy variables. El tratamiento de la dermatitis atópica sigue basándose en una buena información y educación de los familiares, la hidratación y los corticoides tópicos como primera línea terapéutica. Con estas medidas podemos controlar la mayoría de los casos.



Vicenç García Patos.  
Hospital Vall d'Hebron.  
Barcelona

Las genodermatosis pueden ser indicativas de procesos multisistémicos potencialmente graves

*¿Cuál es la frecuencia de presentación de las genodermatosis?*

Es muy variable, ya que hablamos de un grupo de más de 200 entidades diferentes con una base genética común. Hay alguna, como la ictiosis, que afecta a uno de cada 300 recién nacidos, o la neurofibromatosis, a uno de cada 3.000. Por tanto, son relativamente importantes, aunque otras entidades son muy excepcionales y podemos encontrarnos con sólo 2 o 3 casos en todo el país.

*¿Cuál es su trascendencia clínica?*

La clave del papel del dermatólogo en estos procesos es que, a partir de pequeñas lesiones en la piel, podemos establecer el diagnóstico de procesos multisistémicos potencialmente graves, con alteraciones neurológicas, tumorales, oculares, renales. Como digo, la clave puede estar en hallazgos dermatológicos como trastornos de la pigmentación o pequeños tumores. Y también el hecho de establecer un consejo genético. A partir de un caso índice, en este caso un niño, valorar si los padres son portadores o si puede explicar ciertas enfermedades familiares.

*¿Cuál es el abordaje terapéutico de estos procesos?*

El problema es que no disponemos de un tratamiento causal que corrija el defecto genético, y así, la enfermedad. Se está avanzando en el campo de la epidermolisis ampollosa, en la que pequeños traumatismos en la piel producen ampollas. Ya se están realizando los primeros ensayos en pacientes en un intento de corregir este defecto mediante ingeniería genética. El tratamiento de la neurofibromatosis es meramente sintomático, dirigido a tratar las convulsiones, los neurofibromas o las máculas café con leche. Y en el caso de la esclerosis tuberosa se han producido avances con nuevas moléculas, como rifampicina, que en estudios experimentales ha sido capaz de hacer regresar las lesiones tumorales.



Eudald Sellarès Casas.  
Hospital General de Vic.  
Barcelona

Los niños adoptados tienen mayor riesgo de procesos dermatológicos más agresivos

*¿Hay un mayor riesgo dermatológico en los niños procedentes de una adopción internacional?*

En general, no, pero al tratarse de niños de países del Tercer Mundo que viven en condiciones precarias, hay más enfermedades dermatológicas que van ligadas. Lo que sí hay es un mayor riesgo de presentar procesos más agresivos de enfermedades digamos banales, como sarna o pediculosis, y de infecciones. Pero lo mismo ocurre con los niños de aquí que viven en malas condiciones.

*¿Cuáles son las enfermedades más frecuentes que debe considerar el pediatra en estos casos?*

Las infecciones y las infestaciones son las más frecuentes. Desde infecciones que aquí no tenemos, como la tuberculosis de la piel, a otros procesos más prevalentes en estos niños, como sarna, pediculosis, impétigo o micosis.

*¿Cuáles son las enfermedades más difíciles de diagnosticar de las que ha abordado en su ponencia?*

Las que son endémicas en los países de origen y que aquí ya no vemos. Son en su mayoría infecciones, como la enfermedad de Chagas, típica de Sudamérica, la oncocercosis, de África y Sudamérica, las leishmaniasis, distribuidas en todo el mundo pero más agresivas en estos países, la miasis o la larva migrans.



Miquel Ribera Pibernat. **Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona**

## La localización de las lesiones dermatológicas facilita su diagnóstico

*En su opinión, ¿cuál es el grado de conocimiento de los pediatras de las enfermedades de la piel?*

Creo que los pediatras españoles están bien preparados y, en general, su conocimiento y tratamiento de las dermatosis más frecuentes es bueno. No obstante, en algún tipo concreto de dermatosis algunos tienen "vicios" adquiridos que creo corresponden a su etapa de formación universitaria. Por eso, cursos como éste sirven para tapar esas posibles lagunas.

*¿En qué medida es importante el diagnóstico topográfico?*

El diagnóstico en dermatología se puede enfocar de distintas formas, por ejemplo, en función del tipo de lesión o de su forma. Pero también puede hacerse teniendo en cuenta que determinadas dermatosis son más frecuentes en determinadas localizaciones. Una localización concreta excluye de entrada ciertas dermatosis y nos lleva a pensar en otras.

*¿Cuáles son las enfermedades más prevalentes en la infancia según su localización?*

En la cara, el acné, la pitiriasis alba y el impétigo. Y en el tronco, la pitiriasis rosada, y partir de la pubertad, la pitiriasis versicolor, los moluscos y los nevos melanocíticos.

*¿Qué problemas pueden tener los pediatras en el tratamiento de estas lesiones?*

Más que problemas, yo hablaría de un cierto temor de los pediatras a emplear ciertos fármacos. Por ejemplo, el temor a una posible iatrogenia hace que empleen menos corticoides en el tratamiento de la dermatitis atópica, lo que recorta las posibilidades de su control. Y en esta misma enfermedad tampoco se utilizan lo suficiente los antihistamínicos orales, cuando son imprescindibles para eliminar el picor.



## FICHA TÉCNICA

**NOMBRE DEL MEDICAMENTO:** PEITEL® pomada • PEITEL® crema • PEITEL® ungüento • PEITEL® solución • PEITEL® solución con aplicador. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Componentes farmacológicamente activos: 1 gramo de PEITEL® pomada, crema, ungüento, solución y solución con aplicador contiene 2,5 mg de Prednicartrato (DCI). **FORMA FARMACEUTICA:** Pomada, Crema, Ungüento, Solución. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas.** PEITEL® pomada, crema y ungüento están indicados en todas las afecciones cutáneas inflamatorias en las que esté indicado el tratamiento con corticoides tópicos, tales como dermatitis, eccemas y psoriasis. PEITEL® pomada, crema y ungüento es adecuado para el tratamiento de regiones cutáneas especialmente sensibles, grandes superficies y en las que es necesario un tratamiento repetitivo a largo plazo (máximo 4 semanas). PEITEL® pomada, crema y ungüento puede utilizarse en niños y ancianos. PEITEL® solución está indicado en las dermatosis de las zonas pilosas del cuerpo (p. ej. cuero cabelludo, barba, axilas y pubis) que responden al tratamiento con corticoides tópicos tales como psoriasis, eccema atópico y eccema seborreico. PEITEL® solución puede administrarse también para el tratamiento de estas enfermedades en regiones como la palma de la mano y las plantas de los pies. PEITEL® solución con aplicador facilita su aplicación en áreas extensas de la piel. **Posología y forma de administración.** Deben respetarse exactamente las indicaciones del médico referentes a duración y frecuencia del tratamiento. PEITEL® pomada, crema y ungüento: Salvo prescripción médica distinta, aplicar una o dos veces al día una fina capa de PEITEL® sobre el área cutánea enferma, friccionando ligeramente, si ello es posible. Normalmente son suficientes 2 ó 3 semanas de tratamiento. Como en otros corticoides, no es aconsejable la administración ininterrumpida durante más de 4 semanas. PEITEL® solución y PEITEL® solución con aplicador: Salvo prescripción médica distinta, aplicar una o dos veces al día unas pocas gotas bien repartidas de PEITEL® solución o una fina capa de PEITEL® solución con aplicador sobre el área cutánea enferma, friccionando ligeramente, si ello es posible. El tratamiento puede reducirse a una aplicación diaria, cuando se observe una mejora evidente. Las distintas formas de presentación de PEITEL® han sido desarrolladas especialmente en función de la zona cutánea a tratar, así: PEITEL® pomada es una formulación galénica adecuada para afecciones cutáneas tanto agudas como crónicas, pudiendo ser aplicada sobre piel normal, húmeda o seca. PEITEL® crema es una formulación galénica adecuada para procesos cutáneos agudos secos o exudativos. PEITEL® ungüento es una formulación galénica adecuada para afecciones cutáneas crónicas y secas. PEITEL® solución es una solución hidroalcohólica especialmente adecuada para el tratamiento de afecciones inflamatorias cutáneas de las áreas pilosas. La peculiar viscosidad de PEITEL® solución permite una fácil aplicación sobre la piel sin adherirse al pelo, y al ser una solución hidroalcohólica tiene un agradable efecto refrescante. Con PEITEL® solución con aplicador se facilita la utilización en áreas extensas de la piel, ya que permite la fácil extensión de una fina capa de producto con aspecto de espuma. **Contraindicaciones.** Hipersensibilidad al Prednicartrato o alguno de los excipientes. No utilizar en los ojos; incluso la aplicación de PEITEL® -si se prolonga- en la vecindad inmediata de los ojos debe estar precedida por una cuidadosa valoración riesgo-beneficio y debe solo realizarse bajo supervisión médica ya que, cuando pequeñas dosis de corticosteroides tópicos entran en contacto repetidamente con la conjuntiva, puede, con el tiempo, desarrollarse un aumento de la presión intraocular. Fenómenos cutáneos derivados de vacunaciones, tuberculosis, sífilis o infecciones víricas (p. ej. varicela). Acné rosácea y dermatitis perioral. PEITEL® crema, pomada y ungüento contienen una parafina que puede causar fugas o roturas en los preservativos de látex, por lo cual debe evitarse el contacto de éstos con PEITEL®. No se aconseja el empleo de PEITEL® solución en lactantes y niños pequeños, ya que no existe suficiente experiencia clínica en este grupo de edad con esta formulación. **Advertencias y precauciones especiales de empleo.** Evitar el contacto con los ojos. En caso de sobreinfecciones bacterianas o micóticas locales, debe realizarse un tratamiento antibacteriano o antimicótico adicional. La administración de PEITEL® -en todas sus formas- en niños debe realizarse con precaución, limitándose a la dosis más baja compatible con un tratamiento eficaz. La aplicación a corto plazo de dosis demasiado altas (uso de excesivas cantidades de PEITEL®, aplicación sobre un área excesivamente extensa o aplicaciones demasiado frecuentes) o el olvido por una vez del

tratamiento no es previsible que provoque efectos perjudiciales. Se recomienda a los enfermos que informen a su médico de tales desviaciones del tratamiento previsto. Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción. No se han descrito. **Embarazo y lactancia.** No está demostrada su inocuidad en el embarazo, por lo que debe evitarse el tratamiento prolongado ininterrumpido (más de cuatro semanas) en el primer trimestre de embarazo. Durante el primer trimestre de embarazo no debe usarse la aplicación extensa (más del 30% de la superficie corporal) de PEITEL®. No existe suficiente experiencia clínica de la utilización de PEITEL®, en cualquiera de sus formas farmacéuticas, durante la lactancia materna, por lo que no se recomienda su uso durante este periodo. **Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria.** No se han descrito. **Reacciones adversas.** La experiencia indica que, si el producto se utiliza debidamente, no cabe esperar ningún efecto secundario como atrofia cutánea, telangiectasias o estrias distensas (duración máxima ininterrumpida del tratamiento: 4 semanas). PEITEL® pomada, crema y ungüento: Raramente prurito, irritaciones cutáneas locales (escozor, rubefacción, exudación) como señal de una reacción alérgica de la piel; folliculitis. En el caso de la aplicación de pomada o crema puede presentarse ocasionalmente sensación de ardor. PEITEL® solución y PEITEL® solución con aplicador: Debido al contenido alcohólico de la solución, ocasionalmente puede producirse irritación local de la piel como quemazón ligera y pasajera, eritema y sequedad cutánea. Debe comunicarse al médico si aparecen éstas u otras manifestaciones clínicas. Sobreexposición. Si se exceden de forma significativa las dosis recomendadas no pueden descartarse efectos adversos propios de los corticoides. No se han descrito intoxicaciones agudas por ingestión accidental de PEITEL® solución, que en caso de producirse discurriría con toda probabilidad de forma asintomática, debiéndose únicamente mantener bajo observación al paciente en cuanto a tendencia a retención hidrosalina e hipopotasemia. Con las formas de presentación de PEITEL® crema, pomada y ungüento es poco probable la posibilidad de intoxicación consecutiva a su aplicación. **PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS. Propiedades farmacodinámicas.** El Prednicartrato, principio activo de PEITEL®, es un corticoide tópico no halogenado esterificado en las posiciones 17 y 21 por los grupos etilcarbonato y propionato respectivamente, que se caracteriza por sus pronunciadas propiedades antiflogísticas, antialérgicas, antiexudativas y antipruriginosas. Si se utiliza el producto debidamente, no cabe esperar efectos secundarios locales propios de los corticoides, como atrofia y telangiectasias (duración máxima ininterrumpida del tratamiento: 4 semanas). La influencia extremadamente reducida del Prednicartrato en la síntesis de colágeno y en el crecimiento de los fibroblastos de la piel humana refleja la escasa potencia atrofógena de la sustancia activa. Tras la aplicación extensa del prednicartrato sobre una piel enferma (psoriasis, neurodermitis) no se ha observado supresión de la síntesis natural de cortisol. **Propiedades farmacocinéticas.** La piel sana sólo absorbe PEITEL® en una proporción del 0,1%. Estudios comparativos con prednisolona muestran que el metabolismo del Prednicartrato es sustancialmente análogo al metabolismo de la prednisolona. **Datos preclínicos sobre seguridad.** La prueba epicutánea de 24 horas de duración realizada con los preparados de PEITEL® tanto en piel intacta como lesionada del cobaya y del conejo, permitieron calificarlos de "no irritantes para la piel" con arreglo al esquema de la FDA. La aplicación cutánea de Prednicartrato pomada sobre la piel intacta y lesionada del conejo, ratas y perros no provocó lesiones identificables. La prueba de fototoxicidad y fotosensibilización por contacto de Prednicartrato no reveló ningún indicio de una posible aparición de esta reacción cutánea. El Prednicartrato no mostró ningún efecto mutágeno en la prueba de Ames ni en la prueba de los micronúcleos. **DATOS FARMACEUTICOS:** Lista de excipientes. PEITEL® pomada: Monodoleato de glicerol, 2-octil-1-dodecanol, ácido edético, vaselina, alcohol bencilico y sulfato magnésico. PEITEL® crema: 2-octil-dodecanol, parafina perliquida, alcohol estearílico, alcohol cetílico, alcohol miristílico, monoestearato de sorbitano, polisorbato 60, alcohol bencilico y edetato disódico. PEITEL® ungüento: Monodoleato de glicerol, 2-octil-dodecanol y vaselina blanca. PEITEL® solución y PEITEL® solución con aplicador: Ester de ácido graso poliólico, 1,2 propilenglicol, etanol (24,36% v/v), ácido cítrico, ácido edético y agua purificada. Incompatibilidades. No se han descrito. **Periodo de validez.** Crema: 3 años; Pomada: 2 años; Ungüento: 3 años; Solución y solución con aplicador: 2 años. Los preparados son utilizables hasta la fecha de caducidad indicada en el envase. Una vez abierto el frasco de PEITEL® solución, éste es utilizable durante tres meses. **Precauciones especiales de conservación.** PEITEL® crema, pomada, ungüento: Deben conservarse a temperaturas no superiores a +25°C. PEITEL® solución y PEITEL® solución con aplicador: Debe conservarse en frigorífico entre 2°C y 8°C. Una vez abierto el envase, debe conservarse en las mismas condiciones indicadas. Naturaleza y contenido del recipiente. PEITEL® pomada, crema, ungüento: Tubos de aluminio con 30 g y 60 g; PEITEL® solución y solución con aplicador: frasco con 60 ml de solución y aplicador. **Instrucciones de uso/manipulación.** Para utilizar PEITEL® solución con aplicador, en el caso de aplicación en áreas extensas de la piel, el paciente deberá retirar el tapón de rosca y acoplar en su lugar el aplicador que se adjunta en la caja y que actúa como cierre. El paciente debe desbloquear el cierre de seguridad girando el cabezal del aplicador y presionar las paredes del frasco -no el aplicador- lo que permite obtener una solución con aspecto de espuma; una vez utilizado, volver a cerrar el cabezal del aplicador. **Presentaciones y PVP (IVA):** Crema, envase con 30 g 5,60 €; con 60 g 10,12 €; Pomada, envase con 30 g 5,60 €; con 60 g 10,12 €; Ungüento, envase con 30 g 5,60 €; con 60 g 10,12 €; Solución, envase con 60 ml 10,12 €; Solución con Aplicador 60 ml 10,55 €. Con receta médica. Ficha técnica completa a disposición de la clase médica.



Su potencia  
se queda en la piel



**Peitel**<sup>®</sup>  
*Prednicarbato*

EFICACIA TÓPICA SIN EFECTOS SISTÉMICOS DEMOSTRADOS

